Tulane Medical Library

Isolierte Dermatosen der Mundschleimhaut

Dr. Gundelinde Ebner

München

Aus der Dermatologischen Klinik der Universität zu München
Frauenlobstraße 9, Direktor: Prof. Dr. Pehlmann

Isolierte Dermatosen der Mundschleimhaut

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
in der Zahnheilkunde

Verfaßt und einer Hohen Medizinischen Fakultät der
Bayerischen Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Gundelinde Ebner
prakt. Zahn-Ärztin, Untergriesbach/Passau

1936

Buchdruckerei Iris, Adolf Grünhöfer, München, Christophstr.12

Gedruckt mit Genehmigung der Hohen Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

Referent: Privatdozent Dr. Vonkennel
Korreferent: Professor Dr. Heuck

Meinen lieben Eltern
in Dankbarkeit
gewidmet

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153312_0195

Der entwicklungsgeschichtliche Zusammenhang der Schleimhaut der Mundhöhle mit der äußeren Haut macht es ohne weiteres verständlich, daß sie an Erkrankungen der äußeren Haut vielfach teilnimmt, daß manche Dermatosen auf der Mundschleimhaut und der äußeren Haut auftreten, daß sie gelegentlich zuerst auf der Mundschleimhaut beobachtet werden oder sogar lediglich dort vorkommen können, während die übrige Haut verschont bleibt. Besondere entwicklungsgeschichtliche Bedeutung hierbei kommt der Interkalarlinie zu.

Fälle, in denen Dermatosen isoliert auf der Mundschleimhaut erscheinen, sollen in folgender Arbeit einer genaueren Betrachtung unterzogen werden.

Man sollte auf Grund der Verschiedenheit der anatomischen Unterlage (Knochen, Knorpel, Muskulatur usw.) und der Verschiedenheit der sonstigen Bedingungen, unter denen sich diese Bezirke befinden, zunächst auf der Mundschleimhaut eine größere Empfänglichkeit für exogene Schädigungen und Infektionen erwarten. Das verhornte Plattenepithel der äußeren Haut erschwert zunächst das Eindringen äußerer, infektiöser Schädigungen. Die Schleimhaut dagegen weist folgenden histologischen Aufbau auf: basale Zellschicht-stratum cylindricum, auch stratum germinativum; stratum spinosum und schließt mit dem stratum superficiale. Der Mundschleimhaut bleibt also die Möglichkeit für Schädigungen durchaus nicht erspart und trotzdem bleibt sie bei fast allen exogen bedingten Hautkrankheiten so gut wie immer verschont, verhält sich Schädigungen und Reizen gegenüber auch anders als die äußere Haut. Im Bereiche der ganzen Mundhöhle erfolgt eine sehr lebhafte Abstoßung der oberflächlichen Zellen, insbesondere an jenen Stellen, die mechanisch beim Kauen und Sprechen stark in Anspruch genommen sind, sodaß demgemäß auch für einen reichlichen Nachschub von Zellen in den tieferen Schichten des Epithels gesorgt werden muß.

Zur Diagnose der Mundschleimhauteffloreszenzen kann eine ganze Reihe von Momenten, die zur Unterscheidung der Dermatosen der äußeren Haut dienen, nicht herangezogen werden.

Die intensiv rote Farbe der Mundschleimhaut läßt Rötungen und Verfärbungen nicht so deutlich und rasch erkennen wie die äußere Haut, es fehlen Schuppen und Borken, auch Juckreiz, während sie auf chemische und thermische Reize meist rascher und intensiver reagiert. Schon die einfache mechanische Verletzung,

die Schnittwunde oder die Quetschwunde der Mundschleimhaut verläuft anders als auf der äußeren Haut. Vor allem kommt es bei Schleimhautverletzungen nie zu der die Heilung infizierter Wunden der Haut ungünstig beeinflussenden Eintrocknung des Wundsekrets und der konsekutiven Sekretverhaltung. Die Feuchtigkeit und Wärme, die reichliche Schleimabsonderung, das Saugen begünstigen die Heilung der Schleimhautwunden.

Eine Reihe von Dermatologen lehnen die Beteiligung der Mundschleimhaut bei Psoriasis zum Teil bis jetzt noch ab, was sich auch aus der früher viel verbreiteten Bezeichnung der Leukoplakie als Psoriasis oris, deren Unrichtigkeit wiederholt ausdrücklich betont wird, erklärt. Obwohl Psoriasis der Schleimhaut in der Regel mit Psoriasis der äußeren Haut gepaart ist oder von dieser auf die Schleimhaut der Lippen und Wangen übergeht, so weist die Literatur auch Fälle auf, in denen Psoriasis nur auf der Schleimhaut der Mundhöhle sich zeigt. So bestätigt Renz in seiner Dissertation von 1935: „Im Gegensatz zu namhaften Autoren, wie Darier, wird auf Grund eines typischen Falles und eines ausgedehnten Literaturstudiums das Auftreten von Psoriasis der Mundschleimhaut bejaht."

Zumbusch dagegen bemerkt, daß die Schleimhäute bei Psoriasis frei bleiben und alles, was bisher als Psoriasis der Mundschleimhaut beschrieben ist, bezweifelt werden muß.

Polotebnoff erwähnt einen Fall mit Lokalisation der Psoriasis auf der Schleimhaut beider Wangen.

Pinkus, der das seltene Vorkommen von Psoriasis der Mundschleimhaut zugibt, betont, daß die Diagnose nur mit der größten Vorsicht gestellt werden darf: „Das klinische Bild steht nicht so fest, daß es möglich wäre, eine Mundaffektion allein als Psoriasis anzusprechen."

Für die Differentialdiagnose kommt vor allem die Leukoplakie in Betracht, zumal da sie ja nach Schwimmer und Lisauer öfter mit Psoriasis zusammen vorkommt. Klinisch wird die Unveränderlichkeit, die Derbheit für Leukoplakie sprechen; im histologischen Bild ist die Leukoplakie leicht zu erkennen.

Psoriatische Mundschleimhautveränderungen sind im allgemeinen nicht häufig.

Buchholz beschreibt zwei Fälle, bei denen die Veränderungen in einem Falle lediglich an der Lippe, im anderen an der linken Wange und am Zungenrücken bestanden. Vom Mundwinkel ausgehend ist ein etwa 7 mm breiter, etwas erhabener Streifen von grauweißlicher Farbe erkennbar, der horizontal zur Kauebene verlief. Die Schleimhautveränderungen ließen eine gewisse Felderung erkennen. Der Zungenrücken war in ganzer

Ausdehnung bis zum Zungengrunde mit etwa linsengroßen Efflo-reszenzen übersät, die zum Teil konfluierten und gyrierte Plaques bildeten. Auch diese Effloreszenzen waren leicht erhaben. Eine histologische Untersuchung konnte nicht vorgenommen werden.

In zwei weiteren Fällen untersuchte Buchholz die bestehenden Schleimhautveränderungen, die ebenfalls in der Nähe der Kaufläche bläulich-weiße Streifen aufwiesen, auch histologisch wobei er zu dem Ergebnis kam, daß es sich um eine leichte Verhornungsanomalie im Sinne einer Hyperkeratose handelte, die in der Praxis der Zahnärzte häufig gesehen wird.

Es wird der Schluß gezogen, daß die Diagnose Psoriasis der Mundschleimhaut sicher nur histologisch zu stellen ist.

Der folgende Fall, den uns Reil schildert, beweist das gleichzeitige Auftreten von Leukoplakie-ähnlichen Effloreszenzen auf der Mundschleimhaut mit Psoriasis der äußeren Haut:

48-jähriger Mann. Seit 24 Jahren Psoriasis der Haut. Am Uebergang vom harten zum weichen Gaumen beiderseits neben dem vorletzten und letzten Molaren zwei erhabene, nicht schmerzhafte, schmutzig-grauweiße Plaques, deren Oberfläche rauh ist und wie Schuppenauflagerung aussieht. Gegenüber der normalen Schleimhaut vermehrte Resistenz. Kratzen mit dem scharfen Löffel löst keine Partikelchen ab, erzeugt keine Blutung. Mikroskopisch: Epithel verbreitert, besonders in den interpapillären Schichten, doch zeigen die Epithelzellen nach der Oberfläche zu eine deutliche, kräftige Granulierung. Keine Leukoplakie: Leukokeratose bei Psoriasis.

Leukoplakie selbst ist eine chronische Affektion, namentlich der Mundschleimhaut in Form von weißen, erhabenen Herden, in einzelnen Fällen die Grundlage für Carzinom bildend. Das klinische Bild ist ziemlich einheitlich und einförmig und eigentlich nur in seiner Intensität u. Extensität schwankend. Prädilektionsstellen sind die Zunge und zwar in ihrem vorderen Teil namentlich und den seitlichen Rändern, die Wangenschleimhaut und die Mundwinkel. Ebenso wie bei den prädisponierenden Bedingungen die Syphilis weitaus an erster Stelle steht ist unter den auslösenden Momenten keines, das auch nur entfernt eine so wichtige Rolle spielt wie der Tabakmißbrauch. Daraus erklärt sich auch zwanglos das mindestens zehnfach häufigere Vorkommen der Leukoplakie bei Männern als bei Frauen.

Dittert berichtet drei Fälle, bei denen Psoriasis und Leukoplakie der Mundschleimhaut gleichzeitig bestanden.

Einige Autoren halten den Zusammenhang zwischen beiden Krankheiten für gegeben, andere lehnen ihn ab.

Ueber einen Fall von Leukoplakia gingivae berichtet Müller: „Das Zahnfleisch des Oberkiefers und die Schleimhaut der

Oberlippe sind mit einer dicken, wie Zuckerguß aussehenden, leukoplakieähnlichen Schichte versehen."

Von einem 26-jährigen Pat. mit lichen ruber-ähnlicher rauher, leicht erhabener Affektion der Wangenschleimhaut, die zeitweise stark schmerzt, bes. bei Genuß essigsaurer Speisen, berichtet Kärcher: As subcutan war erfolglos. Pat. starker Zigarettenraucher. WaR negativ. Seroreaktion auf Tbc. schwach positiv. Auf Goldinjektionen (Aurophos) keine Besserung. Symptomatisch wirkten Mundspülungen mit Subcutin gut.

Schon die ersten Beobachter des lichen ruber planus berichten über das gelegentliche Vorkommen von lichen-Efflorescenzen an den Schleimhäuten, insbesondere der Mundschleimhaut, ja, beim lichen ruber planus der Haut gilt die Beteiligung der Mundschleimhaut geradezu als differentialdiagnostisches Moment. Für das klinische Bild des l. r. p. der Mundschleimhaut sind die primitiven Knötchen und weißen Streifen mit roter, erhabener Umgebung meist recht charakteristisch. Zumal an den Wangen treten sie häufig zu eigenartigen, farnkrautähnlichen Figuren zusammen. Die Herde sind im Mund weiß, weil über ihnen das Epithel verdickt ist und durch den Speichel mazeriert, aufquillt und weißlich trüb aussieht, während das normale Epithel die rot durchblutete Schleimhaut durchscheinen läßt.

Am häufigsten befallen ist die Wangenschleimhaut, dann die Zunge, die Schleimhaut der Lippen, das Zahnfleisch, der harte und weiche Gaumen sowie die Uvula, bis in den Larynx und die Nasenhöhle.

Die Literatur weist an verschiedenen Fällen das isolierte Auftreten des lichen ruber planus auf der Mundschleimhaut nach:

31-jähriger Patient litt vor 10 Jahren an Epididymitis gonorrhoica. Vor 6 Monaten seropositiver P. A. am Genitale mit Neosalvarsaninjektionen und Wismut behandelt. 2 Monate später Kopfschmerzen. Weitere drei Neosalvarsaninjektionen. Der Patient klagt über Kopfschmerzen und Müdigkeit. Die serologischen Reaktionen auf Lues fallen positiv aus. Die Wangenschleimhaut zeigt beiderseits zwei verästelte, leicht infiltrierte, opaline Plaques, die als luisch aufgefaßt und dementsprechend mit 4gr 50 Neosalvarsan- und Wismutinjektionen behandelt werden. Da keine Besserung eintritt wird eine Probeexzision gemacht. Die histologische Untersuchung ergibt eine scharfe Abgrenzung des erkrankten Herdes, eine bedeutende vasculäre und perivasculäre Infiltration und Hypertrophie der Intima. Die Malpighischen Körperchen zeigen eine ausgesprochene Verhornung.

Bei einem 4-jährigen Kind beobachtete Gougerot auf dem Zungenrücken in pflasterförmiger Anordnung (mit verschiedener Größe - 5—15 mm im Durchmesser - und verschiederner Form

polygonal, häufig sechseckig begrenzt) lichen ruber-Herde, in deren Mitte sich jedesmal eine flache, nicht licheninfizierte Papel vorfindet, von der aus sich Streifchen in „Margeritenform" nach der peripheren Umgrenzung erstrecken. Die Schleimhaut ist nicht infiltriert und nicht verhärtet. Die Wangenschleimhaut ist frei von Krankheitserscheinungen.

Folgenden Fall berichtet Balban von einer 27-jährigen Frau. Krankheitsdauer etwa zwei Monate. Am Zungenrücken etwa linsengroße, weißliche Epitheiverdickungen, an der Wangenschleimhaut beiderseits ein aus grauweißen Stippchen und Streifen bestehendes, zartes Gitterwerk. Die äußere Haut und das Genitale frei.

Eichhorn erwähnt noch einen Fall von isoliertem lichen ruber planus der Mundschleimhaut. Das Leiden wurde vor acht Wochen bemerkt. An der Wangenschleimhaut zahlreiche, kleine stecknadelkopfgroße, weiße, zu Netzen angeordnete Knötchen. Die Zunge pelzig belegt, zeigt weiße Höcker. Am Körper keine Erscheinungen von lichen ruber planus.

Bei den Dermatosen der Pemphigusgruppe (Pemphigus foliaceus, Pemph. vegetans, Pemph. chronicus, Pemph. circinnatus, Pemph. hystericus, Pemph. infectiosus neanotorum, Pemph. pruriginosus, Pemph. syphiliticus, Pemph. vulgaris, Dermatitis herpetiformis, Herpes gestationis, Impetigo herpetiformis, Epidermolysis bullosa hereditaria) spielt die Beteiligung der Mund-Schleimhaut eine wichtige Rolle. Das lokale, klinische Krankheitsbild ist ziemlich einheitlich. Auf gesunder oder vorher geröteter Schleimhaut schießen ziemlich plötzlich Blasen von verschiedener Größe auf. Sie haben einen klaren oder hämorrhagischen Inhalt, sind aber in der Regel von so kurzer Dauer, daß sie kaum beobachtet werden. Durch die Bewegungen des Mundes bei Kaubewegung und Schluckakt platzen die Blasen sehr rasch und man sieht in der Regel an ihrer Stelle nur eine Erosion mit oder ohne Entzündungssaum. Sind ungeplatzte Blasen vorhanden, so kann man an ihnen das Nikolskische Phänomen beobachten, d. h. durch Druck mit dem Finger kann man die Bläschen auf ihrer Unterlage weiterschieben. Die Stelle, an der Blasen geplatzt sind, überzieht sich sehr bald mit einem grauen, fibrinösen, diphteroiden Belage und beginnt, wenn keine weiteren Schübe an der nämlichen Stelle erfolgen, ziemlich rasch sich wieder zu epithelisieren.

Eine besondere Rolle scheint der isolierte Pemphigus der Mundschleimhaut zu spielen. Es ist freilich nicht ganz leicht zu sagen, wann man von einem isolierten und wann von einem primären Pemphigus der Mundschleimhaut zu sprechen hat, da es Jahre dauern kann bis auf den primären Schleimhautaffekt die Erkrankung der äußeren Haut folgt.

Bettmann ist sogar der Ansicht, daß isoliert bleibender Schleimhautpemphigus, der in seinem ganzen Verlaufe die äußere

Decke verschont, in seiner Zugehörigkeit zum Phemphigus überhaupt strittig ist. Hingegen berichtet Bettmann einen Fall von Epidermolysis bullosa hereditaria mit isolierter Beteiligung der Mundschleimhaut bei einem Knaben, während mehrere andere Geschwister an intensiven Blasenbildungen der Haut und Schleimhäute litten.

Einen Fall von isoliertem Pemphigus vulgaris erwähnt Urbach: Bei einer 75-jährigen Patientin trat im Anschluß an Halsschmerzen eine Blaseneruption der Zungen- und Mundschleimhaut auf.

Lindenberg beschreibt einen Fall von Pemphigus vegetans, der wahrscheinlich der erste dieserr Art in Brasilien ist. Die Erscheinungen beschränken sich zunächst auf die Mundschleimhaut, verbreiten sich später allerdings auf die Anal- und Vaginalschleimhäute. Mikroskopische Untersuchungen haben die klinische Diagnose gesichert. Die Behandlung und Heilung erfolgte durch Germanin.

Chronische, blasige Hautkrankheiten bereiten von jeher diagnostische Schwierigkeiten. Das Symtom der Blasenbildung ist Erkrankungen gemeinsam, denen im einzelnen eine sehr unterschiedliche Bedeutung zukommt. So lange die Aetiologie dieser Krankheitsformen nicht wesentlich geklärt werden kann, wird es nicht möglich sein, alle diagnostischen Schwierigkeiten zu überwinden. So ist die Abtrennung zahlreicher, meist akuter, bullöser Erkrankungen bei leicht feststellbarer Aetiologie gelungen. Dank dieser Erkenntnis hat gerade der alte Pemphigusbegriff seine Breite zugunsten einer einheitlicheren Krankheit von chronischem Verlauf und ernster Bedeutung verloren. Die diagnostischen Schwierigkeiten steigern sich in Fällen, in denen die Schleimhaut alleiniger Träger der Erscheinungen der Erkrankung für längere Zeit bleibt. Lange isoliert bleibende Schleimhautveränderungen erwecken sogar den Verdacht auf ein Krankheitsbild sui generis. (Bettmann).

Der isolierte Schleimhautbefund an sich ist oft gar nicht ohne weiteres als blasige Veränderung erkennbar.

Folgender Fall eines jugendlichen Patienten aus der Heidelberger Universitäts-Hautklinik gab zu besonderen diagnostischen Schwierigkeiten Anlaß:

„Vor einem Jahr bemerkte der nun 22 Jahre alte Patient, von Beruf Schreiner, der bis dahin nie ernstlich krank gewesen war, an der Wangenschleimhaut, in der Gegend des Eckzahnes, beiderseits sich von vorn nach hinten ausdehnend, eine diffuse Rötung; nach 3 — 4 Wochen seien zwei etwa hirsekorngroße „Pickelchen" an der rechten Wangenschleimhaut unterhalb der Papilla salivalis festzustellen gewesen; nach etwa zehn Tagen ein solches auf der

linken Seite an entsprechender Stelle. Diese störten den Patienten; er biß sie deshalb auf. Es kam angeblich Blut und Eiter heraus. Die Herdchen lagen sehr oberflächlich in der Haut. Die kleine Wunde heilte bald wieder zu. Schmerzen waren nicht vorhanden, auch nicht beim Essen. Bald konnte der Patient eine diffuse eigenartige, perlmutterglanzartige, blasse, glatte Beschaffenheit der Wangenschleimhaut feststellen. Rötung, Schmerz oder Jucken waren nicht vorhanden; dann will er eine diffuse, ausgedehnte Epithelloslösung im Wangenbereich festgestellt haben. Patient hatte das Gefühl, es sei eine Fäulnis, die Empfindung sei gestört gewesen, die Schleimhaut wie tot und ohne Spannung; die abgebissenen Teile hätten einen süßlichen Geschmack gehabt. Patient nahm Spülungen mit Salbei und Kamillenlösung vor. Da keine Besserung eintrat, ging K. Februar 1933 zu einem praktischen Arzt, obwohl er keine Schmerzen hatte. Der Arzt sprach von Mundfäule, vermutete eine Kieferkrankheit, schickte den Patienten wegen des kariösen oberen rechten Molaren zum Zahnarzt; dieser entfernte den Zahn. Die weitere Behandlung übernahm sein Kassenarzt, der ihm zum Bepinseln eine milchige Flüssigkeit von süßlichem Geschmack verschrieben hat. Diese Behandlung dauerte 3 — 4 Wochen. Dann wurde Patient an einen Facharzt für Hautkrankheiten überwiesen, da keine Besserung eingetreten sei. Dieser Arzt stellte eine „Blasenkrankheit" fest und behandelte den Patienten mit Germanin; 3 Wochen wurde diese Behandlung mit Bepinseln und entsprechenden Injektionen durchgeführt. Da keine Besserung eintrat wurde Pat. im Jahr 1934 an die Heidelberger Universitätshautklinik überwiesen, mit der Diagnose: „Verdacht auf Pemphigus vulgaris". Pat. klagt über Mattigkeit und Abgeschlagenheit. Auch habe er an Gewicht abgenommen, etwa 8 Pfund innerhalb 3 Wochen. Tag und Nacht denkt er über seinen Zustand nach und hält sich für ernstlich krank. Eltern und Geschwister sind bis heute von Haut- und Schleimhauterkrankungen frei geblieben.

Pat. ist mittelgroß, mittelkräftig gebaut, wiegt 132 Pfund, Größe 1,72 m; sein Gesicht ist blaß, doch Haut und Schleimhaut gut durchblutet, allgemein schlaffe Muskulatur; Fettpolster der Haut vorhanden; die inneren Organe o. B.

Gebiss in tadellosem Zustand; keine Zahnsteinbildung, weder supra- noch subgingival, keine Anzeichen pathologischer Zahnfleischtaschenbildung; keine Gingivitis marginalis, oder andere Zeichen von Stomatitis. Straffe gut durchblutete Gingiva von blaßroter Farbe, Zunge ohne Belag, Tonsillen nicht verfärbt und nicht vergrößert, kein Speichelfluß, kein foetor ex ore. Die Wangenschleimhaut zeigt eine diffuse, ausgedehnte Trübung von milchig-weißer bis bläulicher Farbe, perlmutterglanzartig; Oberfläche glatt, keine Narben oder entzündliche Rötung vorhanden,

stellenweise dunkelrot wo das Epithel fehlt; dies besonders im Frontgebiet des vestibulum oris und in Höhe der Okklusionsebene im Bereich der Wangenschleimhaut. Die Palpation ergibt eine schlaffe, dünne Wange, es scheint, als ob die Muskulatur etwas geschwunden sei. Ein Aufbeißen auf die Wangenschleimhaut ist nur mit Hilfe des Fingers möglich, der die Wange von außen gegen die Zahnreihe drückt.

Alle Behandlung blieb ohne Erfolg. Die Veränderungen an der Wangenschleimhaut bestanden fort. Krankheitserscheinungen an der äußeren Haut sind inzwischen nicht zur Beobachtung gekommen. Es handelte sich also bei diesem Pat. um eine isolierte Blasenerkrankung der Wangenschleimhaut von mindestens einem Jahr Dauer.

Für die Differentialdiagnose kommen in Betracht: Pemphigus chron. mit seinen klinischen Varietäten, die Dermatitis herpetiformis Duhring und die Epidermolysis hereditaria.

Das Krankheitsbild des Pemphigus chron. ist im allgemeinen von ernster Bedeutung. Dies gilt besonders bei Beteiligung der Schleimhaut des Mundes, die als ein signum mali ominis betrachtet wird, besonders in Bezug auf die Tatsache, daß gerade an der Mundschleimhaut beginnende Pemphiguserkrankungen häufig letalen Ausgang nehmen.

Die Gutartigkeit des Krankheitsverlaufes würde eher für die Dermatitis herpetiformis Duhring sprechen. Aber auch für diese Diagnose fehlen alle entscheidenden Anhaltspunkte wie Mitbeteiligung der äußeren Haut, Polymorphie der Blasenbildungen und subjektive Beschwerden. Bei D. h. D. ist die Mundschleimhaut nur in seltenen Fällen erkrankt, ab und zu spielen sich die ersten Erscheinungen an dieser Stelle ab; isolierte D. h. D. ist nicht beschrieben.

Um so mehr muß schließlich der Epidermolysis bullosa gedacht werden. Sie ist eine Erkrankung, bei welcher die Entstehung von Blasen auf mechanische Reize das Hauptsymptom darstellt. Es ist möglich, Blasen willkürlich zu erzeugen. Doch verlief bei unserem Patienten eine Provokation von Blasen negativ. Isoliertes Vorkommen an der Mundschleimhaut ist kaum anerkannt. Die Epidermolysis bullosa ist ein Leiden, das in der Regel familiär auftritt, dabei sogar oft erbgesetzliche Regelmäßigkeit aufweist und sich schon in frühester Kindheit charakteristisch zu äußern pflegt. Es fragt sich also, ob eine acquirierte Form der Epidermolysis bullosa überhaupt existiert, die in vereinzelten Fällen, also nicht familiär auftritt und erst im späteren Leben einsetzt. Solche Fälle sind in der Tat veröffentlicht worden. Zu ihnen hat speziell Siemens Stellung genommen. Die Beobachtung entspräche der autonomen Bullosis mechanica

tarda von Siemens. Um einer weiteren endgültigen Festlegung nichts vorwegzunehmen wollen wir unser Krankheitsbild als Epitheliolysis bullosa acquisita mucosae oris bezeichnen.

Fall Naegeli: Pemphigus vulgaris oder D. h. D. der Mundschleimhaut?

49-jähriger Patient, bei dem an den Schleimhäuten der Mundhöhle zahlreiche, flächenhaft sich ausbreitende unregelmäßig polycyclisch scharf begrenzte rötliche Defekte verschiedener Größe vorlagen, die meist schmierig gelblich belegt waren, und von denen sich das Epithel in großen Fetzen abheben ließ. Zahlreiche Krusten und Borken an den Lippen, hochrote, nicht geschwellte Epiglottis. An der übrigen Haut und am Genitale keine Veränderungen. Doch zahlreiche teleangiectastische und rosaceaähnliche Veränderungen an der Nasenspitze. Beiderseitige leichte Konjunktivitis. Bei den verschiedenen Reaktionsproben fielen nur die Tuberkulinreaktion schwach positiv aus, und auf Jodkali innerlich erfolgte eine starke Verschlimmerung ohne Auftreten von Hautblasen. Die Therapie (Trypaflavin- und Tryparsamidinjektionen, lokale Spülungen, Röntgen) ergaben zunächst gute Resultate.

Gleichzeitig mit dem Ausbruch auf der äußeren Haut, gelegentlich aber auch isoliert, können bei Urticaria auf der Schleimhaut der Lippen, des weichen Gaumens, oder der Zunge Quaddeln auftreten, die in der Regel besonders am weichen Gaumen, infolge der lockeren Beschaffenheit der Schleimhaut einen ausgesprochenen ödematösen Charakter anzunehmen pflegen. Die Quaddeln unterscheiden sich in der Farbe nicht oder wenig von der umgebenden Schleimhaut. Subjektive Beschwerden, Fremdkörpergefühl, leichte Behinderung des Atems, nasale Sprache sind meist nicht erheblich und pflegen rasch vorüber zu gehen. Sehr viel unangenehmer sind die Beschwerden bei dem lediglich als ausgedehntere, tiefere Schichten befallende, weniger als flüchtige Urticaria aufzufassenden Quinckeschen Oedem, das ebenfalls isoliert, oder mit der äußeren Haut gleichzeitig die Mundhöhle und die oberen Luftwege befallen kann.

Nach Török werden die Fälle, in denen ausschließlich große Anschwellungen auftreten, als Quinckesches Oedem, als akutes cirkumskriptes oder als angioneurotisches Oedem oder als Riesenurticaria (Urticaria gingans) bezeichnet.

Nach Collins waren von 100 Fällen von Riesenurticaria 21 mit Glottisödem verbunden.

Thost hat an sich selbst ein durch Diätfehler ausgelöstes angioneurotisches Oedem der Zunge beobachtet, das so beträcht-

liche Dimensionen annahm, daß die Notwendigkeit einer Tracheotomie drohte.

Trost beobachtete eine Patientin bei welcher durch Klopfen und Kneifen ein Quinckesches Oedem an der Zunge provoziert werden konnte. Das Quinckesche Oedem scheint in der Regel einseitig zu sitzen.

Thost berichtet uns einen zweiten Fall von Quinckeschem Oedem aus dem Eppendorfer Krankenhaus: Ein etwa 30 Jahre alter Mann kam mit Schwellung an Wangenschleimhaut und Zunge ins Krankenhaus. Laryngoskopisch fand sich der Kehlkopf frei und so konnte erfahrungsgemäß die richtige Diagnose und Prognose gestellt werden. Am nächsten Tage war die Schleimhaut wieder normal. Patient verließ das Krankenhaus, sodaß eine genauere Anamnese nicht aufgenommen werden konnte.

Diese Anschwellungen der Zunge, des weichen Gaumens und der Uvula können Atembeschwerden verursachen, welche den Kranken ängstigen, außerdem Schlingbeschwerden und Entstellungen des Gesichts hervorrufen.

Schultze hat wohl als einer der ersten darauf aufmerksam gemacht, daß nicht nur bei Addisonscher Krankheit, sondern auch bei anderen mit Pigmentierung einhergehenden Krankheiten Mundschleimhautpigmentierungen beobachtet werden können. Histologisch findet sich dabei Melanin in der Basalschicht des Epithels, in der Papillar- und Subpapillarschicht. Schultze wies auch darauf hin, daß gelegentlich isolierte Pigmentierungen der Mundschleimhaut vorkommen, die anscheinend physiologisch sind, und für die keine der sonst zu Pigmentierung führenden Ursachen vorliegen. Neuerdings sind namentlich von französischer Seite mehrere derartige Fälle beobachtet worden. Es handelt sich teils um physiologische Pigmentierungen, die im wesentlichen als Rassenmerkmal aufzufassen sind. Vielfach werden die Pigmentierungen bei älteren Leuten angetroffen.

Milian sprach sich über einen Fall dahin aus, daß die Lues die gewöhnlich Ursache der Schleimhautpigmentierung sei und daß sie zuweilen mit Depigmentierung vergesellschaftet sei. Daß die Mundschleimhautpigmentierung physiologisch als Rasseeigentümlichkeit vorkommen kann, darauf hat Mollon hingewiesen. Er beobachtete sie in Rumänien bei mehreren, an verschiedenen Krankheiten leidenden Zigeunern und erwähnt, daß der rumänische Arzt Sabareanu ebenfalls physiologisches Schleimhautpigment bei Soldaten öfter beobachtet hat. Auch Mollon hat die Pigmentierung selten bei Kindern gesehen; erst zur Zeit der Pubertät wird sie sichtbar. Die Pigmentation, deren Farbe von kaffeebraun bis dunkelbraun wechselt, ist über die ganze Mundschleimhaut ver-

breitet, am häufigsten findet man Pigmentflecken an Zahnfleisch und Wangenschleimhaut, selten an der Zunge und am harten Gaumen. Auf der Wangenschleimhaut wies die Pigmentierung gewöhnlich den Zähnen entsprechende Zackenform auf, was darauf hinweist, daß bei der Entstehung der mechanische Reiz eine Rolle spielt. Bei den dunklen Rassen ist eine Pigmentierung der Mundschleimhaut als Rasseneigentümlichkeit überhaupt ziemlich verbreitet.

Magendantz schilderte drei Fälle aus der Kölner Klinik. Bei zweien handelte es sich um dunkelhäutige Individuen, die, ohne Anhaltspunkte für Addison oder eine sonstige zu pathologischer Pigmentierung führende Krankheit, Pigmentflecken auf der Mundschleimhaut aufwiesen.

Matras berichtet über Pigmentationen der Mundschleimhaut bei einer 32-jährigen Gärtnerin. Patientin bemerkte vor etwa 2 Jahren braune Flecken am Lippenrot und Zahnfleisch, die an Intensität und Zahl ständig zunahmen. Im Bereiche des unteren Lippenrotes zahlreiche, an der Oberlippe spärlichere, bis linsengroße dunkelbraune Flecken. Gleichartige Veränderungen auch an der Gingiva des vorderen Oberkieferanteiles sowie an der Schleimhaut der rechten Wange. Histologisch: reichlich grobkörniges, dunkles Pigment in der Basalschicht der interpapillären Retezapfen sowie in Chromatophoren.

An einer allgemeinen Amyloidose kann sich ebenso wie die äußere Haut, die Mundschleimhaut beteiligen.

Menzel beobachtete bei einem 20-Jährigen eine sehr schmerzhafte isolierte Amyloidose der Lippenschleimhaut, der Zunge, der Gaumenbögen und der Tonsillen. Der Schilderung nach war das Krankheitsbild sehr auffallend. Derbe, nur wenig über das Niveau der Umgebung erhabene Infiltrate. Die Zunge mäßig geschwollen, hart infiltriert, stark gerötet, die Oberfläche glatt, der Papillen beraubt, bei Druck blasse Flecken durch Verdrängung der Hyperämie. Dazu große Schmerzhaftigkeit. Diagnose: Nachweis von homogenen Amyloidschollen im Bindegewebe und Amyloid in den starren, verdickten Gefäßwänden.

Königstein fand in einem Falle bei einem 60 jährigen Mann in der mächtig verdickten Zunge, die eine glatte Oberfläche hatt, tiefe, den Zahnreihen entsprechende Einkerbungen. Starke Schmerzhaftigkeit behinderte das Kauen und Sprechen. Auf der Wangenschleimhaut saßen zahlreiche, derbe, weiße, hirsekorngroße, vielfach erodierte bei Berührung schmerzhafte Knötchen. Die histologische Untersuchung ergab rundliche Amyloidknollen im subepithelialen Bereiche.

In einem zweiten Falle traten sogar Blasenbildungen, Erosionen und Blutungen der verdickten Mundschleimhaut auf.

Wie bei allen Dermatosen mit Schleimhautbeteiligung kann auch beim Erythema exsudativum multiforme die Mundschleimhautaffektion mit der Hautaffektion gleichzeitig auftreten, kann ihr vorausgehen, oder ihr folgen, oder sie kann auch ganz isoliert vorkommen, was aber gewiss nicht häufig ist. Unter den Schleimhäuten am meisten befallen ist die Mundschleimhaut.

Trautmann zählte vier Fälle.

Inzwischen sind noch weitere Fälle in der Literatur aufgetaucht, so der von Kren mit gleichzeitigem Bestehen von Knie- und Knöchelschmerzen, und der von Wiethe.

Im Jahre 1903 zählte Trautmann 18 Fälle von E. e. m. während die Zahl bis 1906 auf 39 angestiegen war. Davon entfielen 4 auf die Schleimhaut bei primärem Hautexanthem, 20 koexistierend mit diesem, 11 primär mit nachfolgenden Hauterscheinungen und 4 solitär.

Ueber einen Fall von chronischen Ulcerationen der Mundschleimhaut berichtet Bezesny:

29-jährige Frau. Mutter lungenkrank. Vor 4 Jahren ein Ulcus an der Wangenschleimhaut, das als Sclerose aufgefaßt wurde. WR positiv. 5 kombinierte Kuren Neosalvarsan und Bi. WR auch nachher positiv. Liquor WR im Frühjahr 1933 positiv. Malariakur. Die Schleimhauterkrankung breitete sich weiter aus. Probeexcision ergab keinen Anhaltspunkt für spezifische Entzündung. Auch für Tbc. seinerzeit kein Anhaltspunkt. Derzeit: Zahlreiche Narben im Bereiche der ganzen Mundschleimhaut und des Zungenrandes. Ein Ulcus am Zungenrand, an der Uvula und am harten Gaumen. Die Ulcera sind scharfrandig, tief, fibrinös belegt und zeigen nur geringe Heilungstendenz. Für Tbc. gibt weder Röntgenuntersuchung noch Hautreaktion einen Anhaltspunkt. Keine säurefesten Stäbchen nachweisbar. Histologie: Keine Anhaltspunkte für einen spezifischen Prozess. Blutbild ohne pathologischen Befund. Auf Hg. Rückgang einiger Ulcera, aber auch Auftreten neuer. Die Lokalisation der Ulcera an Stellen, die durch Zähne gereizt sind, genügt zur Erklärung des Prozesses nicht, da auch an der Uvula Ulcera auftreten. Es ist evtl. trotz des histologischen Befundes an eine luetische Genese zu denken.

Zoster der Mundschleimhaut ist ein ziemlich seltenes Vorkommnis. Das Symptomenbild und der Verlauf entsprechen ganz dem Zoster der äußeren Haut.

Die den Mundschleimhauteffloreszenzen zugrunde liegenden Nervengebiete betreffen Facialis, Ganglion geniculi, Glossopharyngus und Trigeminus II und III. Dementsprechend finden sich in der Regel neben der Eruption auf der Schleimhaut, oder derselben vorausgehend, oder ihr folgend häufig anderweitige, neuritische Symptome auf der nämlichen Kopfseite, besonders Neuralgien, Ohrenschmerzen und Geschmackstörungen, sowie Facialisparesen. Es ist oft schwer, solche Fälle einem Herpes simplex gegenüber abzutrennen; besonders die bilateralen Fälle von Zoster dieser Bezirke sind immer verdächtig auf einen Herpes simplex.

Als typisches Beispiel sei ein von Neve beschriebener Fall angeführt:

57-jährige Frau. Halsschmerzen, Erbrechen, Schmerzen hinter dem linken Ohr, und links im Nacken, linksseitige Facialisparese, Zunge belegt, links fleckig, Gaumen links mit Bläschen bedeckt, links Schwerhörigkeit.

Einen ganz ähnlichen Fall veröffentlicht Saethre, bei dem sich noch eine Gaumensegellähmung hinzugesellte.

Collet beschreibt eine zosteriforme Eruption am Gaumen, der eine kontralaterale Neuralgie vorausgeht:

Bei einem 58-jährigen Mann waren heftige Schmerzen in der rechten Gesichtsseite, welche sich während der Mahlzeiten steigerten, aufgetreten. Der Kranke hatte gesunde Zähne, die seit seinem zwanzigsten Lebensjahre keine Behandlung erfordert hatten. Nachdem die Schmerzen gewichen waren, hatte sich eine Eruption am linken Gaumen eingestellt. Auf Aspirin und antiseptische Gurgelungen ging die Affektion sehr rasch zurück. Verfasser hält die Eruption am Gaumen für Zoster. Eine Ursache für diesen konnte allerdings nicht aufgedeckt werden.

Ueber einen weiteren Fall von Zoster der Mundschleimhaut berichtet Baldenweck:

Ein 45-jähriger Mann, der an einem Ca der Schilddrüse leidet, das nicht nur klinisch unzweifelhaft ist, sondern auch histologisch verifiziert werden konnte, und der außerdem vor langer Zeit Syphilis erworben hatte, zeigt eine Recurrenslähmung links, während die Krebsgeschwulst rechts sitzt. Als er den Vortr. wegen Schluckbeschwerden aufsuchte, konnte dieser auf der rechten Hälfte des Gaumensegels, ebenso auf der rechten Kehlkopfseite einen Blasenausschlag feststellen. Verf. hält den Fall für eine Zostererkrankung, und nicht für gewöhnlichen Herpes, vor allem wegen der Einseitigkeit der Veränderungen.

An den durch äußere und innere Darreichung von Medikamenten gelegentlich erzeugten Exanthemen hat die Mundschleimhaut einen nicht unerheblichen Anteil. Die Ausdehnung und Schwere des Schleimhautaffekts kann sehr verschieden sein. Eine besondere Prädilektionsstelle für gewisse Mundschleimhautpartien kann man nicht feststellen. Die Zunge ist vielleicht etwas häufiger befallen als andere Stellen, doch nehmen sowohl Gaumen wie Lippen- und Wangenschleimhaut teils isoliert, teils gleichzeitig an dem Prozeß teil. Das Zahnfleisch ist etwas seltener befallen.

Urbach beobachtete bei einem Patienten nach Neosalvarsan und Kalomel ein Befallensein der Mundschleimhaut in Form von aphtösen Belägen.

Simon, der schwere As- Stomatitis bei einem Salvarsanexanthem beobachtete, weist darauf hin, daß die As- Stomatitis als einziges Symptom einer Salvarsanschädigung auftreten, oder einem allgemeinen Salvarsanexanthem vorausgehen kann.

Zinsser berichtet von einem jungen Mann, bei dem nach 10 Injektionen von Neosilbersalvarsan gleichzeitig eine schwere Stomatitis und Gingivitis, allerdings nur vorübergehend auftraten. Besonders auffallend war die starke, ödematöse Schwellung der Schleimhaut des harten und weichen Gaumens, auf welchem die Schleimdrüsenmündungen als gerötete, trichterförmige Grübchen sichtbar waren.

Tetenberg legt seine Betrachtungen an neun Fällen von Veränderung der Mundschleimhaut bei Bi-Behandlung der Lues nieder. Dabei bespricht er als ätiologische Faktoren: 1. Größe, Abstand und Anwendungsweise der Bi-Dosis; 2. Zustand von Mund und Zähnen; 3. Mundpflege; 4. Konstitution und besondere Empfindlichkeit; 5. Exo- und endogene Störungen im Blutgefäß-System.

Schreuß erwähnt ausgedehnte, plötzlich aufgetretene, leukoplakische Störungen und Veränderungen der Mundschleimhaut nach Prominalgebrauch.

Bald nach Verabreichung von Pillen aus Veridogen 0,0001; Papaverin 0,004; Bellafolin 0,0002; Erythroltetranitrat 0,005 und Prominal 0,03 (3-mal täglich I) trat schmerzhafte Entzündung der Mund- und Zungenschleimhaut auf; ½ Jahr vorher auf 1 Tablette Luminal ebenfalls Schmerzen im Munde und abnorm tiefer Schlaf. Hautperkutanprüfungen auf Pillensubstanz, Luminal und Prominal negativ; trotzdem wird Prominalexanthem angenommen, wofür insbesondere die nach Luminal aufgetretenen Schleimhautveränderungen sprechen, da die gleichen Präparate derselben Gruppe angehören. Conjunktival- und Urethralschleimhaut o.B.

Bei dem von Mohrmann mitgeteilten Fall wurde nach Solganal-B-Behandlung wegen Lues folgender Befund erhoben:

Auf beiden Seiten der Wangenschleimhaut ein etwa 3-Markstück-großer Herd, der nach den Mundwinkeln zu in einer Spitze ausläuft. Bei oberflächlicher Betrachtung hat man den Eindruck eines perlmutterartig mattglänzenden Netzes auf bläulich-violett verfärbter Schleimhaut. Bei genauer Betrachtung erkennt man etwas über stecknadelkopfgroße, rundliche Effloreszenzen von grauweißer Farbe mit eingesunkenem Zentrum von bläulich-violettem Farbton. Die einzelnen Knötchen sind infiltriert. Entzündliche Erscheinungen der Umgebung fehlen; sonstiger Hautbefund o. B. Die Diagnose Au-Exanthem wird außer aus dem klinischen Bilde ex juvantibus gestellt.

Aus den vorliegenden, mehr oder weniger ausführlich besprochenen Krankheitsfällen ersehen wir, daß die Dermatosen die Mundschleimhaut im großen und ganzen selten in Mitleidenschaft ziehen und sie noch seltener isoliert befallen. Dabei sind die Mundschleimhautaffektionen im allgemeinen viel weniger charakteristisch als die auf der Haut. Die intensiv rote Farbe der normalen Mundschleimhaut läßt entzündliche Rötungen und Hyperämien weniger deutlich hervortreten und feinere Farbabstufungen nicht sichtbar werden. Sekundäre Krankheitsprodukte, Schuppen, Borken, Krusten, Schwielen gibt es nicht, Blasen und Bläschen haben auf der Mundschleimhaut eine viel kürzere Lebensdauer, die Sensibilität der Schleimhaut ist eine andere, Juckempfindungen kennt sie nicht.

Herrn Privatdozent Dr. Vonkennel möchte ich für die freundliche Ueberlassung des Themas sowie für die Durchsicht der Arbeit meinen verbindlichsten Dank aussprechen.

Lebenslauf

Geboren bin ich, Gundelinde Ebner, am 18. September 1910 in Plattling, Bez. A. Deggendorf als Tochter des Reichsbahnobersekretärs Hanns Ebner und dessen Gattin Pauline, geb. Ebenböck. Von 1916 bis 1920 besuchte ich die Volksschule, anschließend bis 1926 das Mädchenlyceum der englischen Fräulein zu Niedernburg und dann die Oberrealschule in Passau, wo ich 1929 mein Abitur machte. Nach einem 3-semestrigen Studium der Wirtschaftswissenschaften widmete ich mich vom W.-S. 1930/31 ab dem Studium der Zahnheilkunde an der Universität München, wo ich mit Unterbrechung des S.-S. 1932, das ich in Innsbruck verbrachte, bis zu meinem Staatsexamen im Frühjahr 1934 verblieb.

Seit Dezember 1934 bin ich in eigener Praxis tätig.

Literaturverzeichnis

Balban: Isolierter lichen ruber planus der Mundschleimhaut.

Baldenweck: Un cas de zona palato-laryngé.

Bettmann: Pemphigus in Rieckes Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Denker & Kahler: Luftwege und Mundhöhle.

Eichhorn: Isolierter lichen ruber planus der Mundschleimhaut.

Frühwald: Erythema multiforme der Schleimhaut.

Gougerot: lichen ruber planus der Zunge.

Herxheimer & Schmidt: Über Erythema exsudativum multiforme vegetans.

Königstein: Über Amyloidose der Haut.

Kren: Erythema multiforme der Mundschleimhaut. Polymorphie des Mundpemphigus.

Kärchen: Erythema exsudativum multiforme der Mundschleimhaut.

Lindenberg: Pemphigus vegetans der Schleimhaut.

Lissauer: Über das Verhältnis von leukoplakia oris und Psoriasis vulgaris.

Magendantz: Über Pigmentierungen und Verfärbungen der Mundschleimhaut.

Matras: Pigmentation der Mundschleimhaut.

Menzel: Amyloidablagerungen in der Mundschleimhaut.

Mohrmann: lichen planus der Mundschleimhaut nach Goldbehandlung.

Müller: Leukoplakia gingivae.

Neve: Herpes zoster of the glossopharyngeal nerve.

Otto: Die Psoriasis der Mundschleimhaut.

Pinkus: Leitfaden der Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Polotebnoff: Ätiologie und Verlauf der Psoriasis.

Reinhard Eine chronische Form von Blasenbildungen an der Mundschleimhaut.

Renz: Psoriasis der Mundschleimhaut.

Saethre: Herpes zoster des Gaumens.

Simon: Sur la stomatite arsenicale.

Schreuss: Ausgedehnte, plötzlich aufgetretene, leukoplastische Mundschleimhautveränderungen nach Prominalgebrauch.

Schultze: Über Melanoplakie der Mundschleimhaut und die Diagnose auf morbus Addisonii.

Schwimmer: Die idiopathischen Schleimhautplaques der Mundhöhle Leukoplakia buccalis.

Tetenberg: Über Mundschleimhautveränderungen bei der Behandlung der Lues.

Thost: Über Quinckesches Ödem.

Török: Urticaria und Quinckesches Ödem.

Tome Bona: Ein atypischer Fall von lichen planus mit ausschließlichem Befallensein der Mundschleimhaut.

Trautmann: Krankheiten der Mundhöhle.

Trost: Traumatisches Quinckesches Ödem.

Urbach: Fälle von Salvarsanexanthem.

Wiethe: Erythema exsudativum multiforme mucosae oris.

Zinsser: Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten: Dermatosen der Mundschleimhaut.

Zumbusch: Lehrbuch für Haut- und Geschlechtskrankheiten.